

คำร้องขอขั้นตอนนี้มีผลบังคับใช้ในที่ตั้งของคุณ แต่ถ้าคุณต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม หรือต้องการรับการดูแลทางการแพทย์ คุณสามารถติดต่อศูนย์บริการลูกค้าของเราได้ที่ 1-877-543-7669. พวกเราระบุว่าคุณต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ ไม่ใช่ความช่วยเหลือทางกฎหมาย ดังนั้น คุณควรติดต่อแพทย์ ภารกิจด้านสุขภาพ หรือศูนย์บริการลูกค้าของเรา สำหรับคำแนะนำทางกฎหมาย คุณสามารถติดต่อศูนย์บริการลูกค้าของเราได้ที่ 1-877-543-7669.

(ຂຽນຊື່ຂອງຜົນມາ, ຜົນປົກຄອງ ຫລື ຄົນຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ທີ່ຈະຮັບເອົາຮາຍຮະອງດີຕໍ່ຕາມມາ)

1. ຊື່	ຊື່ກາງ				ນາມສະກຸນ					
2. ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາສັບຢູ່	ເມືອງ				ຮັດ					
3. ທີ່ຢູ່ປະສະນີ (ຮັດຕາກຕ່າງ)	ເມືອງ				ຮັດ					
4. ເລກໃຫຍ່ຮະສັບເຮືອນ ( )	ເລກໃຫຍ່ຮະສັບບ່ອນຮັດວຽກ ( )	ເລກໃຫຍ່ຮະສັບສິ່ງຄວາມໄວ້ ( )	ທີ່ຢູ່ອື່ນລົງ							
5. ຖຸກງານຄົນທີ່ຮັກງໍຂໍເອການຊ່ວຍເຫຼືອປັນຄົນອາສັບຢູ່ໃນຮັດວຽກຕົ້ນບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຕົ້ນບໍ່ແມ່ນ, ຂຽນເຊື່ອທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນອາສັບຢູ່										
6. ທ່ານມີບັນຫານຳການປາກເວົາ, ການອານ ຫລື ການຮຽນພາສາອັງກິດ ແລະ ຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ພາສາຫຍ້າ ຫລື ຮູບຮ່າງປ່າງເຈື່ອນແນວໃດ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ?										
7. ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນຳການຈໍາຍໃບບິນພະບາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເຖື່ອພາຍໃນ 3 ເດືອນຜ່ານມາສໍາລັບດັກນ້ອຍຄົນໃດຄົນນີ້ທີ່ທ່ານຕ້ອງກໍໃຫ້ບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ										
8. ຄົນໄດ້ຄົນນີ້ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ພາຫຼັງຕ້ອງບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຕຸກ ແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ?					ວັນທີລູກຈະເກີດ:					
<b>ຮາບຮະອຽດທີ່ວິໄປ</b>										
9. ຂຽນເຊື່ອສະມາຊີກຄອບຄົວ ທີ່ອາສັບຢູ່ນຳກັນ. (ຕັ້ງຕ້ອງການ, ຄັດເຈັ້ນໃບຕ່າງເສີ່ມາເພື່ອຈະຂຽນເຊື່ອສະມາຊີກຄອບຄົວຕື່ມອີກ).										
ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດຊຍ	ຄວາມສັມຜັນ ຕໍ່ທ່ານ	ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)	ຕາມໃຈສໍາລັບຜູ້ບໍ່ຮັກງໍຂໍເອົາ						
				ເລກປະ ກັນພັຍ ສັງຄົມ	ໜມາຍໃສ ຕຸກບໍ່ມີ ໂອກສານ	ໜມາໃສ ຕຸກບໍ່ປັນ ລັນດາດ U.S.	ຜົວັນ *(ແຈ້ງຕົວ ຢ່າງຢູ່ລຸ່ມ)	ຊື່ອງເຊີນຜົວ (ສໍາລັບອະນຸມື ກັນອື່ນດຸນ, ອາ ລາສກາດັ່ງດີມ)		
A. ພໍແນນ, ຜູ້ປົກຄອງ ຫລື ຕົນໄອງ				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
B. ຜົວເມີນ ຫລື ພໍແນນອີກຄົນນີ້ (ຕ້າອາ ສັບຢູ່ໃນເຮືອນ)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
C. ຂຽນເຊື່ອໃຫຍ່ດັກນ້ອຍ ແລະ ວຍຮຸນອາບຸ ຕໍ່ກໍາວ່າ 19 ປີ (ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍ ເຫຼືອພະບາບານ)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
D.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
E.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
F.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
G. ຂຽນເຊື່ອໃຫຍ່ດັກນ້ອຍຫຼັກງານຄົນຢູ່ໃນ ເຮືອນຜູ້ທີ່ບໍ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອພະບາ ບານ.										
* ຮາບຮະອຽດເບື້ອງຫລັງກ່ຽວກັບຜົວັນ ແລະ ຂົນຜົວັນຕາມສະມັກໃຈ. ຕົວປ່າງຂອງຜົວັນ: ຄົນຂາວ, ດຳ ຫລື ແອົງຮັກອາມເຮືອກນ, ເອເຊີ່ງ, ຮາວາຮູນກຳນົດ, ຄົນຕາກະປາ ຊີຟຒກ, ອະເມຣີກັນອື່ນດຸນ, ອາລາສກາດັ່ງດີມ, ຫລື ຜົວັນປະສົມບັນຕ່າງໆ. ຮາບຮະອຽດອັນນີ້ຈະບໍ່ທີ່ໃຊ້ໃນການເປົ້າຮັງເງື່ອນໄຂຮັບເຈົາການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.										
<b>ຮາບຈໍາຍ ຮາບຮະອຽດອັນນີ້ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອຈຸກຂອງທ່ານໃຫ້ນີ້ເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຮາບຈໍາຍຕໍ່ລົງໃນນີ້ບໍ?</b>										
10. ທ່ານຈໍາຍສໍາລັບຄ່າຝາກລູກ ຫລື ອ່ານີ້ເງື່ອງດູແລຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ວັງເຝື່ອໃນຂະນະທີ່ທ່ານຮັດວຽກຢູ່ ຫລື ທ່ານຈໍາຍເງິນລ້ຽງລູກທີ່ຖືກສັງຈ່າຍໄດ້ສານສໍາລັບລູກຜູ້ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ										
ທ້າຫາກວ່າ ແມ່ນ, ເດືອນນີ້ເທົ່າໄດ້ \$	ສໍາລັບໃຜ?									



